Nr 42. Kraków, 20. października 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVI. Kraków, 20. października 1917. **Nr 42.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.
(Dyrektor: Radca dworu prof. Dr A. Gluziński).

Nowy sposób szybkiego odróżniania wysięków od przesięków

podał

Dr Henryk Sochański,
asystent kliniki.

Wiadomo powszechnie, że wysięki (exsudatum) różnią się od przesięków (transsudatum) większą ilością białka [1]) i wyższym ciężarem właściwym [2]). Jeżeli chodzi o szybkość decyzyi co do natury płynu, wydobytego w małej ilości drogą nakłucia próbnego z jam surowiczych, nie można uciekać się ani do badania ciężaru właściwego, gdyż to wymaga większej ilości płynu, ani do ilościowego oznaczania białka, ponieważ to wymaga znów więcej czasu. Nic więc dziwnego, że myślano o wynalezieniu metod, któreby umożliwiły rozstrzygnięcie co do natury płynu inną drogą. Najbardziej z nich rozpowszechniła się próba, podana w r. 1895 przez Primaverę i Rivaltę, polegająca na strącaniu się pewnej, tylko w wysiękach obecnej, substancyi białkowatej w chwili zetknięcia się wysięku ze słabym wodnym rozczynem kwasu octowego (1 kropla kw. octowego zgęszczonego (ac. acetic. glaciale) na 100 cm^3 wody przekroplonej). Modyfikacye tej próby, podane przez Runeberga i Paijkula [3]), jakoteż i przez Moritza [4]), nie przyjęły się tak ogólnie, jak próba oryginalna. Co do natury substancyi białkowatej, będącej przyczyną wspomnianego odczynu, spierano się wiele. Sam Rivalta uważał ją zrazu za nukleoalbuminę, a później za globulinę, Umber zaliczał ją do glykoproteidów i nadał jej miano »Serosa-mucin«, a Stähelin określał ją jako pewien rodzaj globuliny, właściwej tylko wysiękom, wszyscy zgadzali się jednak pod tym względem, że jestto substancya, nieobecna w przesiękach i mająca odczyn kwaśny.

Wiemy, że tak wysięki jak i przesięki oddziałują na lakmus zasadowo — i że to oddziaływanie jest w przesiękach wyraźniejsze, niż w wysiękach. Wiemy również, że wysięki zawierają substancyę białkowatą kwaśną, jakiej niema w przesiękach, a która jest przyczyną odczynu Rivalty. Badania Paijkula, Hoffmanna, Pigeauda i innych nad białkiem płynów surowiczych wykazują, że wysięki nietylko są bogatsze w białko, ale że to białko złożone jest w znacznej części z substancyi białkowatych, kwaśno oddziałujących. Czernecki [5]) wreszcie podczas badań swych, dokonanych w naszej klinice, wykazał, że w wysiękach jest więcej kwasów oksyproteinowych, będących kwaśnymi produktami oksydacyi, a po części i rozszczepienia białka. Wszystko to razem przemawia za tem, że mniejsza zasadowość wysięków wobec lakmusu jest wynikiem obecności w nich większej ilości wspomnianych poprzednio kwaśno oddziałujących substancyi. Lakmus [6]) jest, jak wiadomo, znacznie mniej czuły na kwasy, niż fenolftaleina, można się więc spodziewać, że różnica oddziaływania wysięków i przesięków wobec lakmusu będzie mniej wyraźna, niż wobec fenolftaleiny [7]).

---

[1]) Ilość białka w płynach wydobytych przez nakłucie jest różna, i to nietylko zależnie od rodzaju i pochodzenia płynu, ale i od innych czynników. Wiemy n. p. że w wysiękach opłucnych (nieropnych) jest ponad 2·5% (do 6·5%) białka i że mniejsza ilość białka przemawia za niezapalną naturą płynu. Nie jestto jednak całkiem słuszne i nie może być brane zbyt schematycznie. Nieraz spotkać bowiem można przesięki, bogatsze w białko, od niektórych wysięków. W przesiękach opłucnych przy ogólnym zastoju znajdowano do 3% białka, a w wysiękach u osób silnie hydremicznych nieraz tylko 1—2% białka. Ilość białka w przesiękach otrzewnych przy zanikowej marskości wątroby waha się między 0·9 a 2%, przy przewlekłem zapaleniu nerek między 0·56 a 1%, a nie brak i badań, w których wykazywano w puchlinie brzusznej tylko 0·2% białka. Trzeba nadto pamiętać i o tem, że etyologiczny czynnik przy powstawaniu płynów, zwłaszcza zapalnych, ma wyraźny wpływ na ilość białka, a wreszcie i o tem, że mogą istnieć płyny, będące mieszaniną przesięku i wysięku, na co zwraca uwagę Runeberg w swej pracy p. t. »Von der diagnostischen Bedeutung des Eiweissgehaltes in pathologischen Transsudaten und Exsudaten (Berl. klin. Wochenschrift. 1897. Nr 33)«. Ilościowe oznaczanie białka w płynach dobytych przez nakłucie wykonuje się najczęściej metodą Essbacha, choć nie brak i innych sposobów, jak n. p. określanie ilości białka według współczynnika załamywania badanej cieczy, oznaczanego refraktometrem Pulfricha w myśl badań Ellingera i Rieglera.

[2]) Ciężar właściwy, wynoszący w wysiękach opłucnych ponad 1·015, a w wysiękach otrzewnych ponad 1·012, zależny jest głównie od ilości białka, a mniej od innych składników, jak o tem przekonać się można z badań depressyi punktu marznięcia w tych płynach, na którą białko niema takiego wpływu, jak na ciężar gatunkowy. Reuss ułożył formułkę, na podstawie której z ciężaru właściwego wnosił o ilości białka i rodzaju płynu.

[3]) Sposób Runeberg-Paijkula polega na wywoływaniu zmętnienia w płynach dobytych przez nakłucie przez dodawanie do nich kroplami kwasu octowego. W wysiękach zmętnienie jest wyraźne, w przesiękach ledwie zaznaczone.

[4]) Metoda Moritza polega na dodawaniu 5% kwasu octowego do badanego płynu. Wystarcza 1 kropla (5%) kw. octowego na 2 cm^3 płynu. Zmętnienie tylko w wysiękach.

[5]) Obacz W. Czernecki: Badania ilościowe nad kwasami oksyproteinowymi w cieczach surowiczych jam ciała oraz we krwi ludzi zdrowych i chorych. Tyg. lek. lw. z r. 1910 i Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie.

[6]) Lakmus należy do II grupy wskaźników według podziału Glasera, fenolftaleina do III grupy (indykatory czułe na kwasy).

[7]) Oznaczanie zasadowości przy pomocy mianowanych rozczynów kwasów mineralnych nie daje pewnych wyników, bo podczas miareczkowania ulega zawarty w nich węglan sodowy

Mając sposobność badać dużą ilość płynów, dobytych przez nakłucie, postanowiłem bliżej zbadać tę sprawę i starałem się tą drogą dojść do sposobu, pozwalającego szybko odróżnić wysięki od przesięków. Przekonawszy się naprzód o tem, że fenolftaleina oddziaływa tak na wysięki, jak i przesięki, w ten sposób, jak na płyny kwaśne [8]), sporządziłem 10 słabo zasadowych (różowych wzgl. jasnoczerwonych) rozczynów fenolftaleiny, zawierających w 100 cm^3 kolejno 0·2, 0·4, 0·5, 0·6, 0·8, 0·9, 1, 1,2, 1,4 i 1,5 cm^3 $^1/_{10}$ norm. NaOH i tyleż 1% alkoholowego rozczynu fenolftaleiny. Tak $^1/_{10}$ norm. NaOH, jak i 1% alkoh. rozczyn fenolftaleiny odmierzałem osobno i wlewałem do 50 cm^3 wody przekroplonej, poczem dopełniałem wodą przekroploną do 100 cm^3. Ponieważ ilość $^1/_{10}$ norm. NaOH i 1% fenolftaleiny była we wszystkich płynach równą, nie ulegały odczynniki tak łatwo samorodnemu odbarwieniu, jakby się to działo, gdyby ilość wskaźnika była mniejsza [9]) od ilości $^1/_{10}$ norm. NaOH. Badanie wykonywałem w ten sposób, że do

dopóty działaniu kwasu, póki cały nie zostanie rozłożony mimo, że prawdziwa zasadowość płynu nie jest tak znaczna, aby aż cała ilość Na_2CO_3 musiała uledz zniszczeniu. Przyczyną tego jest to, że w omawianym płynie tylko część drobin Na_2CO_3 jest zdyssocyowana na Na_2 (+) i CO_3 (—), przyczem CO_3 (anion) działaniem wody H—OH tworzy HCO_3 i hydroksyl OH, będący przyczyną odczynu alkalicznego. Jeżeli przez dodanie kwasu zobojętnić ten hydroksyl, ulegają wtedy dotychczas niezdyssocyowane drobiny Na_2CO_3 rozszczepieniu, ujawniają więc swą ukrytą przed rozszczepieniem zasadowość, zostają zobojętnione, a dzieje się to dopóty, póki cała ilość Na_2CO_3 nie zostanie rozłożoną.— Oznaczanie zasadowości przez Höbera w myśl teoryi Nernsta, zmodyfikowane przez Farkasa i Frankla, a później przez Friedenthala i Schultza, nie dało również zadowalniających wyników.

[8]) Bezbarwny rozczyn fenolftaleiny, zmieszany z płynem wydobytym przez nakłucie, nie zabarwia się wcale. Słabo zasadowe (różowe) rozczyny fenolftaleiny odbarwiają się po zmieszaniu z płynem dobytym przez nakłucie. Jeżeli się sporządza coraz to silniej zasadowe rozczyny fenolftaleiny, dochodzi się wreszcie do takich, które tylko wysięk zdoła zupełnie odbarwić, o ile naturalnie dobierze się odpowiedni stosunek ilościowy odczynnika do wysięku.

[9]) Przyczyna samorodnego odbarwiania się zasadowych rozczynów fenolftaleiny, zawierających mało wskaźnika w stosunku do sody żrącej, nie jest jeszcze dokładnie wyświetlona. Najwięcej zwolenników ma przypuszczenie, że wchodzi tu w grę przemiana czerwonych (obojętnych) soli fenolftaleiny w bezbarwne (zasadowe). Odczynniki, sporządzone przezemnie, mają stosunkowo dużo wskaźnika i dlatego niełatwo ulegają odbarwieniu samorodnemu.

TABLICA I.

Wysięki.

Numer historyi choroby	Rozpoznanie	Badany płyn	Odczyn badanego płynu z odczynnikami oznaczonymi według ilości cm^3 $^1/_{10}$ norm. NaOH i 1% alkoholowego rozczynu fenolftaleiny w 100 cm^3 odczynnika									
			0·2	0·4	0·5	0·6	0·8	0·9	1·0	1·2	1·4	1·5
(1915)												
1287	Pleuritis exsudativa dextra. Cond. ap. d.	Z opłucnej	++	++	++	++	++	++	++	+	—	0
(1916)												
1	Pleuritis exsudativa dextra. Proc. atherom.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	—	0
563	Pleuritis exsudativa sinistra. Cond. ap. dextri.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	0	0
653	Pleuritis exsudativa sinistra. Cond. ap. dextri.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	+	—
907	Pleuritis exsudativa dextra.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	+	—
1036	Peritonitis carcinomatosa.	Z otrzewnej	++	++	++	++	++	++	+	0	0	0
1111	Pleuritis exsudativa sinistra.	Z opłucnej	++	++	++	++	++	++	++	+	—	0
1253	Exsudatum pleur. dextr. Nephritis. chr. Proc. atheromatosus. Emphys. pulm.	»	++	++	++	++	++	+	+	0	0	0
1294	Pleuritis exsudativa dextra serofibrinosa septica.	»	++	++	++	++	++	++	++	++	+	+
1412	Pleuritis exsudativa dextra. Cond. ap.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	0	0
1414	Pleuritis exsudativa dextra. Cond. ap.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	0	0
1497	Pleuritis exsudativa sinistra. Cond. ap. dextri.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	0	0
1543	Exsudatum pleuritic. sin. Status post pleuropneumoniam.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	+	—
(1917)												
268	Exsudatum pleuritic. dextr. Cond. ap. d.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	0	0
300	Exsudatum pleuritic. sin.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	0	0
372	Peritonitis tuberculosa.	»	++	++	++	++	++	+	+	0	0	0
454	Pleuritis exsudativa sin. Indur. ap.	»	++	++	++	++	++	++	+	—	0	0
562	Pleuritis exsudativa dextr. post pleuropneumoniam. Processus atherom.	»	++	++	++	++	++	++	++	+	+	0

TABLICA II.

Przesięki.

Numer historyi choroby	Rozpoznanie	Badany płyn	Odczyn badanego płynu z odczynnikami oznaczonymi według ilości cm^3 $^1/_{10}$ norm. NaOH i $1^0/_0$ alkoholowego rozczynu fenolftaleiny w 100 cm^3 odczynnika									
			0·2	0·4	0·5	0·6	0·8	0·9	1·0	1·2	1·4	1·5
(1916)												
31	Emphysema pulm. Adynamia musc. cordis. Venostasis organorum.	Z opłucnej	++	++	++	+	+	—	—	0	0	0
31	Emphysema pulm. Adynamia musc. cordis. Venostasis organorum.	Z otrzewnej	++	++	+	+	—	0	0	0	0	0
83	Nephritis chronica. Ascites.	»	++	++	+	—	—	0	0	0	0	0
981	Neoplasma malign. uteri. Ascites.	»	++	++	+	+	—	0	0	0	0	0
1153	Nephritis chronica. Ascites.	»	++	++	+	+	—	0	0	0	0	0
1325	Endocarditis chr. subs. ins. v. mitr. et sten. o. v. sin. ins. v. tricusp. Myocarditis chronica. Cirrhosis hep. cardiaca. Ascites. Anasarca.	«	++	++	++	+	—	0	0	0	0	0
(1917)												
64	Cirrhosis hepatis atr. Ascites.	»	++	++	+	—	—	0	0	0	0	0
301	Emphysema pulm. Proc. atherom. Adynamia musc. cordis.	Z opłucnej	++	++	++	+	+	—	—	0	0	0
308	Aortitis. Insuff. v. semil. aortae. Hydrothorax.	»	++	++	++	+	+	—	—	0	0	0
361	Cirrhosis hepatis luetica. Ascites.	Z otrzewnej	++	++	+	—	—	0	0	0	0	0

9 cm^3 odczynnika dodawałem 1 cm^3 badanego płynu, mieszałem lekko, poczem obserwowałem zmianę barwy odczynnika [10]). Wyniki mych badań przedstawiam na 2 załączonych tablicach, zaznaczając, że : + + określa na nich zupełne odbarwienie odczynnika po zmieszaniu z badanym płynem, przyczem występuje żółtawy odcień od barwika luteinowego, zawartego w płynie surowiczym, + oznacza zupełne odbarwienie, ale mniej nagłe, niż w poprzednim przypadku i bez żółtawego odcienia, — przedstawia tylko zblednięcie barwy odczynnika, a więc odczyn niezupełny, a 0 oznacza zupełny brak zmiany w zabarwieniu odczynnika.

Z tablicy I widać, że wysięki opłucne u osób ze zmianami gruźliczemi w płucach słabiej zazwyczaj odbarwiają zasadowe rozczyny fenolftaleiny, niż wysięki opłucne u osób bez takich zmian w płucach. Wysięki u osób hydremicznych (n. p. przy zapaleniu nerek) działają na wspomniane rozczyny mniej wyraźnie, niż inne wysięki. Wysięki otrzewne odbarwiają zasadowe rozczyny fenolftaleiny słabiej od opłucnych.

Z tablicy II widać, że przesięki z jamy opłucnej są w ogólności bogatsze w substancye kwaśne od przesięków z jamy brzusznej i że przesięki przy ogólnym zastoju odbarwiają zasadowe rozczyny fenolftaleiny najsilniej, a przesięki u osób hydremicznych, n. p. przy zapaleniu nerek, najsłabiej ze wszystkich.

Zbierając wszystko omówione dotychczas (w tekscie i na tablicach), dochodzę do następującego wniosku:

Słabo zasadowe rozczyny fenolftaleiny nadają się przez swą czułość na substancye kwaśne do szybkiego odróżniania przesięków od wysięków, różniących się od siebie ilością substancyi kwaśnych. Najodpowiedniejszym do tego celu jest rozczyn, zawierający w 100 cm^3 1 cm^3 $^1/_{10}$ norm. NaOH i tyleż $1^0/_0$ alkoholowego rozczynu fenolftaleiny. Jeżeli 9 cm^3 takiego rozczynu zmieszamy z 1 cm^3 badanego płynu, powstaje zupełne odbarwienie tylko wtedy, gdy ten płyn jest wysiękiem. Próba jest łatwa, może być wykonana szybko przy użyciu małej ilości płynu, uzyskanego przez nakłucie, a to wszystko nadaje jej wartość praktyczną.

[10]) Jeżeli się użyje odczynnika i płynu w innym stosunku, niż 9:1, nie osiąga się dobrych wyników.

Z oddziału dla chorób nerwowych c. i k. szpitala rezerwowego we Lwowie

Analiza zaburzeń ruchowych w nerwicach wojennych

podał

Dr Jakób Rothfeld,
asystent kliniki chorób nerw. Uniwersytetu lwowskiego,
obecnie kierownik oddziału.

(Dokończenie).

Nasilenie tych objawów nie było zbyt znaczne; poszczególne ruchy występowały w dość długich odstępach czasu, tak że można je było dokładnie śledzić i stwierdzić, że wahania kończyny były zupełnie niezależne od drżenia w mięśniach uda. Chory nie mógł dłużej, niż kilka minut, utrzymać kończyny na wspomnianej wysokości, potem kończyna wśród opisanych zaburzeń ruchowych opadała powoli ku dołowi. Podobne objawy występowały, kiedy uniosłem kończynę biernie ku górze. Prawa, więcej dotknięta kończyna popadała przy tych samych badaniach w silne drżenie i wstrząsanie, przyczem występowały kurcze mięśniowe; objawy te uniemożliwiały wykonanie zamierzonych ruchów. Przez porównanie tych zaburzeń z objawami słab-

szymi na kończynie lewej można było stwierdzić, że objawy na prawej kończynie różnią się tylko stopniem nasilenia od objawów na lewej, które były wynikiem fałszywej inerwacyi mięśni, oraz wynikiem drżenia w prostownikach kolana. Ta różnica, stwierdzona u leżącego chorego, zaznaczała się w chodzie w ten sposób, że chory utykał na prawą nogę, którą nieznacznie tylko zginał w stawie kolanowym i podnosił w stawie biodrowym, natomiast w lewej kończynie ruchy te były znacznie wydatniejsze, tak że chory mógł wykonywać większe kroki, a drżenie było tylko nieznaczne.

W innym przypadku silnego drżenia kończyn dolnych, połączonego z kurczami mięśniowymi, mogłem dokładnie przeprowadzić analizę po usunięciu pewnych objawów zapomocą jednorazowej faradyzacyi. Z powodu osłabienia chorego nie mogłem po elektryzowaniu przeprowadzić ćwiczeń, które chorzy tacy zwyczajnie po leczeniu elektrycznem wykonują. Na drugi dzień chory nieźle chodził, ale skarżył się, że nie panuje nad swemi nogami, że często stawia krok nieodpowiednio wielki, albo noga podnosi się zbyt wysoko wbrew jego woli. Drżenia, ani kurczów mięśniowych nie było. U leżącego chorego stwierdziłem, że wykonywał wszystkie ruchy dobrze, ale że ruchy te przerywane były ruchami wprost przeciwnymi, czego powodem były mimowolne inerwacye mięśni przeciwniczych. Badanie w kierunku zaburzeń ruchowych, opisanych przez Oppenheima, wykazało istnienie fałszywych inerwacyi, wykazało, że występują wspomniane wyżej ruchy urywane, przeciwne, aniżeli ruchy zamierzone, jednak nie w tym stopniu, jak przed faradyzacyą. Wstrząsania kończyny, jakoteż drżenia mięśni w czasie ich inerwacyi nie było. Wspomniane zaburzenia znikły już po krótkich ćwiczeniach w pozycyi leżącej, ale uwidoczniały się znowu przy pierwszej próbie chodzenia; od czasu do czasu występowały nieodpowiednie i niecelowe ruchy kończyny, co przypominało chód przed faradyzacyą. Drżenia kończyny nie było, chory stawiał wielkie kroki, zginał kończyny dobrze w stawie kolanowym i podnosił w stawie biodrowym. Po krótkotrwałych ćwiczeniach chód był zupełnie prawidłowy.

Te spostrzeżenia i cały szereg podobnych spostrzeżeń przemawiały za tem, że wstrząsanie kończyny (Schütteln), występujące przy ruchach, polega na fałszywym podziale bodźców, na inerwacyi nieodpowiednich grup mięśniowych, i że niezależnie od wstrząsania kończyny może istnieć drżenie w dowolnie inerwowanych mięśniach, a nadto mogą występować kurcze mięśniowe.

Dalsze zaburzenie ruchowe, należące również do grupy akinezyi amnestycznej, polega na tem, że chorzy nasi nie mogą równocześnie skutecznie inerwować zginaczy uda (iliopsoas i t. d.) i prostowników kolana (quadriceps cruris), że jednak oddzielnie mięśnie te zupełnie prawidłowo pracują. I tak, chory może, leżąc, zgiąć nogę w stawie biodrowym i kolanowym; jeżeli zaś ma kończynę, zgiętą w stawie biodrowym, wyprostować tylko w stawie kolanowym (równoczesna czynność prostowników kolana i zginaczy uda) — to nagle ustaje działanie zginaczy uda, prostowniki kolana poczynają drżeć, a wyprostowana kończyna opada ku dołowi. Chory nie może również utrzymać biernie ku górze uniesionej wyprostowanej kończyny, tu również obie wspomniane grupy mięśniowe muszą być równocześnie czynne. Ten objaw, polegający na tem, że te same mięśnie — zginacze uda — raz zupełnie prawidłowo działają (przy nieinerwowanych prostownikach kolana), drugi raz napięcie mięśni nagle ustaje (przy równoczesnem napięciu mięśnia czworogłowego), należy, zdaniem mojem, również do grupy akinezyi amnestycznej. Do wstrząsania kończyny, która jest wynikiem fałszywych inerwacyi, przyłącza się zatem drugie zaburzenie ruchowe, t. j. niemożność równoczesnego zginania w stawie biodrowym i wyprostowania w stawie kolanowym; ruchy, najważniejsze przy chodzeniu.

Na objawy ruchowego podrażnienia u naszych chorych składają się zatem: fałszywa inerwacya, akinezya amnestyczna mięśni miedniczno-udowych, drżenie samoistne, drżenie występujące przy ruchach i kurcze mięśniowe. Drżenie samoistne i kurcze nie należą do objawów stałych.

Analizę dotychczas omówionych objawów przeprowadziłem na podstawie badania chorego leżącego. Jak należy wytłumaczyć, na podstawie powyższej analizy, znane nam zaburzenia chodu u naszych chorych? Tu chcę zaznaczyć, że prawie we wszystkich przezemnie badanych przypadkach nasilenie i jakość objawów były te same, gdy chory leżał, jak i przy chodzeniu, tak, że już na podstawie badania chorego leżącego i dokładnej analizy objawów można sobie było stworzyć obraz zaburzeń chodu.

Ruch kończyny dolnej, rozpoczynającej prawidłowy chód, t. zw. w fizyologii »kończyny biernej«, polega na równoczesnem uniesieniu uda ku górze, zgięciu w stawie kolanowym i zgięciu grzbietowem (flexio dorsalis) stopy; w czasie przeniesienia punktu ciężkości ciała ku przodowi, (działanie drugiej kończyny, »kończyny czynnej«), wyprostowuje się kończyna bierna w stawie kolanowym i obniża w stawie biodrowym, aż stopa nie dosięgnie podstawy. Pierwszy ruch kończyny biernej, uniesienie uda i zgięcie w stawie kolanowym odpowiada zgięciu kończyny w stawie biodrowym i kolanowym. W naszych przypadkach bywa ruch ten zarówno w leżeniu, jak i przy chodzeniu przerywany ruchami przeciwnymi, wynikającymi z fałszywych inerwacyi mięśni przeciwniczych, a kończyna popada skutkiem tego we wstrząsanie. Drugim okresem ruchów kończyny biernej jest wyprostowanie w stawie kolanowym przy kończynie uniesionej w stawie biodrowym; tu jest konieczne równoczesne działanie zginaczy uda i prostowników kolana. Temu ruchowi odpowiada próba w leżeniu, przy której chory ma przy nodze zgiętej w stawie biodrowym wyprostować ją tylko w stawie kolanowym. Przy tym ruchu pojawiają się, jak już wyżej opisałem, następujące zaburzenia ruchowe; prostowniki popadają w drżenie, a napięcie mięśni miednicznych, zginaczy uda nagle ustaje i kończyna opada ku dołowi. Następstwem tych zaburzeń jest fakt, że w chwili, kiedy chory podczas chodzenia uniesioną ku górze kończynę wyprostowuje, ujawnia się drżenie w prostownikach kolana, a cała kończyna nagle opada. Tu brak ostatniego okresu ruchów, potrzebnego — między innemi — do wykonania wielkiego kroku, i to jest powodem, że chorzy nasi nie mogą chodzić wielkimi krokami. W chwili, kiedy stopa osiągnęła podstawę, cała kończyna drży wskutek napięcia mięśnia czworogłowego; drżenie to udziela się całej kończynie, ponieważ przy staniu napinają się równocześnie z mięśniami prostującymi kolano, także mięśnie goleni (triceps surae), które przy staniu pociągają udo i goleń ku tyłowi.

W czasie, gdy kończyna »bierna« wysunięta była ku przodowi, miała druga kończyna »czynna«, za zadanie przenieść punkt ciężkości ciała ku przodowi. W prawidłowych warunkach polega to na tem, że kończyna czynna zgina się w stawie kolanowym, opiera się na przedniej części stopy i przenosi tułów ku przodowi; im większe zgięcie w stawie kolanowym, tem większy bywa krok. — W naszych przypadkach występują w czasie zgięcia w kolanie mimowolne ruchy wyprostne, czyli wstrząsania kończyny. Na ten okres ruchów przypada opadanie kończyny biernej ku dołowi, jako następstwo akinezyi amnestycznej mięśni miednicznych; punkt ciężkości ciała nie może być przeniesiony ku przodowi, chory nie może zatem wykonać wielkiego kroku. Z powodu krótkotrwałej czynności kończyny biernej nie może kończyna czynna spełnić swego zadania, obejmuje rolę biernej; w chwili jednak, kiedy ma być przeniesiona ku przodowi, występują znowu opisane już zaburzenia ruchowe i kończyna opada ku dołowi. U naszych chorych brak zatem ostatniego okresu ruchów kończyn dolnych, które występują w chodzie prawidłowym, t. j. wyprostowania kończyny naprzód wysuniętej i zgięcia w sta-

wie kolanowym w kończynie tylnej, — ruchy, od których zależy wielkość kroku.

Jeżeli obok opisanych zaburzeń ruchowych, które zaliczam do grupy akinezyi amnestycznej, istnieje drżenie samoistne, to chód chorego jest jeszcze więcej utrudniony; kurcze mięśniowe dotyczą, o ile są, głównie mięśni goleni i prostowników kolana i ujawniają się w chwili dowolnego napięcia tych mięśni. Stopień zaburzeń chodu jest różny, zależnie od tego, które z zaburzeń ruchowych przeważa. Są przypadki, w których na plan pierwszy występują fałszywe inerwacye, ale w których zginacze uda i prostowniki kolana mogą równocześnie pracować; chorzy tacy mogą, leżąc, wysoko unieść wyprostowaną kończynę ku górze i chodzić wielkimi krokami. W innych przypadkach istnieje drżenie samoistne kończyn w spoczynku, albo przyłączają się objawy, opisane przez Erbena, a więc drżenie w dowolnie napiętych mięśniach lub kurcze mięśniowe, albo ujawniają się wszystkie zaburzenia razem.

Erben określa chód u naszych chorych, jako środek do zmniejszenia drżenia. Podstawę do tego znajduje Erben w spostrzeżeniu, że bierne, szybko po sobie następujące ruchy zmniejszają drżenie i że chory to wyzyskuje, aby ujść drżeniu. Należy zauważyć, że niezawsze bierne ruchy zmniejszają drżenie (Oppenheim), również, że szybkie po sobie następujące ruchy bierne niezawsze przyczyniają się do zmniejszenia jego nasilenia, jak się o tem przekonałem na szeregu przypadków. Ale i w tych przypadkach, gdzie to się dzieje, nie można tłómaczyć zaburzeń w chodzie tym faktem, gdyż przy ruchach biernych brak dowolnej inerwacyi, która — jak sam Erben słusznie podnosi — wywołuje zaburzenia ruchowe. Przy szybkich czynnych ruchach, a więc przy chodzeniu drobnymi krokami, musiałoby drżenie jeszcze wzrastać. Mojem zdaniem chorzy ci dlatego posuwają się małymi krokami naprzód, ponieważ do przeniesienia nogi ku przodowi jest potrzebne równoczesne działanie mięśni miednicznych (iliopsoas) i mięśni przednich uda (quadriceps), co u naszych chorych, jak to wykazałem, jest niemożliwe; przez to upośledzona jest również czynność drugiej kończyny, która ma przenieść ciężar ciała ku przodowi, tak że brak jest tych warunków, które są prawidłowo potrzebne do wykonania wielkiego kroku. W ten sposób powstaje drobny chód; niezborne, nagłe, niecelowe ruchy kończyn dolnych, charakterystyczne dla chodu naszych chorych, polegają na fałszywym podziale bodźców na nieodpowiednie grupy mięśniowe. Postawa przegięta ku przodowi, którą się czasem spotyka, jest z jednej strony środkiem dla łatwiejszego przeniesienia punktu ciężkości ku przodowi i ułatwienia zadania kończyny czynnej, z drugiej zaś strony ułatwia ona działanie przyciągania lędźwiowej części kręgosłupa i miednicy ku dołowi.

Co się tyczy patogenezy akinezyi amnestycznej, to Oppenheim uważa ją jako znamienną dla pewnych postaci nerwic urazowych, Nonne zaś uważa ją za objaw histeryczny. Pewnem jest, że zaburzenia, należące do tej grupy, są czynnościowe i że dają się usunąć na drodze sugestyjnej. I tak znikają one bardzo szybko przez faradyzacyę silnym prądem przy równoczesnej sugestyi słownej; tosamo dotyczy objawów, towarzyszących tym zaburzeniom, a więc drżenia i kurczów mięśniowych. Jeżeli faradyzacya odniosła skutek, to znikają najczęściej wszystkie zaburzenia, najpóźniej jednak te, które zaliczyłem do amnestycznej akinezyi. Pierwsze ruchy, które chory leżąc lub chodząc wykonuje, wykazują jeszcze braki w odpowiedniej i celowej inerwacyi mięśni, co znika wnet po krótkich ćwiczeniach. Każdy ruch, potrzebny do chodzenia lub biegania, należy ćwiczyć, gdy chory leży; prawie stale widzi się, że chory, który zupełnie dobrze już chodzi, nie umie jednak biegać, co jest dowodem, że choremu brak obrazów przypominających (Erinnerungsbilder) dla odpowiednich ruchów i że chory nieodpowiednio i niecelowo rozdziela bodźce na poszczególne grupy mięśniowe.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 17. X. b. r. posiedzenie, na którem prof. Dr Wachholz miał wykład p. t. »O śmierci od pioruna«, objaśniając go licznymi preparatami, przeźroczami i fotografiami. W dyskusyi przemawiali doc. Seńkowski, Dr Kleczkowski, prof. Klecki i prelegent.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 24. X.

Zwiedzanie nowych zakładów sanitarnych miejskich na Prądniku białym przez drugą grupę członków Towarzystwa jest planowane na 28. X. b. r.

— Wykład inauguracyjny prof. Dr Majewskiego odbył się 16. X., a wykład inauguracyjny prof. Dr Krzyształowicza 18. X. w obecności grona profesorów Wydziału lekarskiego i licznie zebranych słuchaczy, którzy obu prelegentów przyjęli ciepłą owacyą.

— Miejskie Biuro statystyczne ogłosiło charakterystyczne cyfry ruchu ludności z lat ostatnich. Mianowicie było w Krakowie

w pierwszem półroczu	urodzin	zgonów	zgonów z gruźlicy
1913	2320	1396	251
1914	2423	1383	250
1916	1667	1661	381
1917	1600	1742	454

Wynikiem spadku liczby urodzin i wzrostu śmiertelności jest w pierwszem półroczu 1916 olbrzymi spadek naturalnego przyrostu (tylko 6 osób), a w r. 1917 już przewaga zgonów nad urodzinami. Równie znamienny jest wzrost śmiertelności z gruźlicy, z górą dwukrotny.

— Do nabycia całkowite urządzenie zakładu dentystycznego. Oglądać można w Collegium medicum, II p., od 1—3 popołudniu.

Lwów. W dniu 12. X. odbyło się zgromadzenie lwowskich lekarzy, zwołane na zaproszenie Zarządu lwowskiego Towarzystwa lekarskiego, a za inicyatywą prof. Wiczkowskiego. — Celem zgromadzenia było rozpoczęcie akcyi przy współudziale wszystkich towarzystw i instytucyi lekarskich w całym kraju nad poprawą stosunków higieniczno-sanitarnych w Galicyi.

Pierwszy referat wygłosił prof. Wiczkowski p. t. Krzywdy i zaniedbania Galicyi pod względem sanitarnym. Prelegent przedstawił w jasnych i treściwych słowach dzisiejszy stan stosunków sanitarnych kraju, wykazał bezskuteczność akcyi sfer lekarskich i czynników krajowych, zdążającej od szeregu lat do naprawy tych stosunków, wskutek braku poparcia ze strony rządu i omówił projekt akcyi, jaką należy rozpocząć, by stosunki te zmienić na lepsze. — Drugi referat, dotyczący chorób wenerycznych w Galicyi, wygłosił prof. Łukasiewicz.

W dyskusyi, jaka po obu referatach się rozwinęła, zabierało głos wielu mowców, jak r. dw. prof. Gluziński, r. dw. prof. Mars, prof. Raczyński, prof. Sieradzki, prof. Kucera, prof. Dąbrowski, prof. Machek, prym. Pisek, prym. Lenartowicz i inni. Mowcy wykazywali braki i niedomagania naszego szpitalnictwa oraz pogarszanie się stosunków sanitarnych w kraju z dniem każdym. Niedomagania te, znane zresztą szerokim kołom kolegów, istniały oddawna, ale w ciągu obecnej wojny przybrały rozmiary wprost katastrofalne. Jeżeli rząd i nadal pozostanie głuchy i nieczuły na ten stan rzeczy i nie przyjdzie krajowi z wybitną pomocą finansową, obawiać się należy, że ludności naszego kraju w najbliższej przyszłości grozi nieuniknioną klęska, bodaj czy nie straszniejsza od strat i ofiar, jakie kraj ponosi na frontach bojowych.

Zgromadzenie wybrało komisyę, której polecono z jednej strony rozpocząć akcyę w celu uzyskania jak najprędzej doraźnej pomocy od rządu dla naprawy najgwałtowniejszych niedomagań, a z drugiej strony rozpocząć pracę organizacyjną, systematyczną dla trwałej naprawy stosunków sanitarnych kraju.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich poruczyła urząd skarbnika kol. Dr Kazimierzowi Trzcienieckiemu (Lwów, ul. Asnyka 1).

Warszawa. Nagrody im. Dr Konitza za najlepsze prace z zakresu położnictwa i ginekologii, ogłoszone w ostatniem sześcioleciu, przyznało Towarzystwo lekarskie Dr Włodzimierzowi Popielowi i Dr Stefanowi Gaszyńskiemu.

Z różnych stron. Centralny austryacki Komitet przeciwgruźliczy począł wydawać czasopismo p. t. »Tuberkulosefürsorgeblatt« dla zjednoczenia wszystkich czynników, współdziałających w Austryi w walce z gruźlicą. Redakcyę nowego czasopisma prowadzą: prof. Weichselbaum i doc. Teleky z Wiednia oraz

prym. Mager z Berna. We wszelkich sprawach tego czasopisma zwracać się należy do »Oesterr. Zentralkomité zur Bekämpfung der Tuberkulose« w Wiedniu I, Wallfischgasse 8.

— Wzrost gruźlicy wskutek wojny i niedożywiania się ludności ilustrują dosadnie liczby zgonów z gruźlicy w Wiedniu w latach: 1914 — 6223, 1915 — 7810 i 1916 — 9651.

— Poradni (dyspensatoryów) przeciwgruźliczych było w połowie r. b. w całej Austryi 23, z tego 3 w Galicyi (Lwów, Kraków, N. Targ); w planie było utworzenie dalszych 27, z tego 7 w Galicyi (Drohobycz, Jarosław, Łańcut, Przemyśl, Rzeszów, Stryj, Tarnów).

— Centralny austryacki Komitet walki z gruźlicą (Wiedeń I, Wallfischgasse 8), zakładając biuro agitacyjne, prosi o nadsyłanie broszur i pouczeń, wydanych przez towarzystwa przeciwgruźlicze, wypożycza zaś bezpłatnie przeźrocza (diapozytywy) do wykładów popularnych.

— W Baden pod Wiedniem otwarty został 11. X. zjazd nowopowstałego Związku lekarskiego p. n. »Waffenbrüderliche Vereinigung der Aerzte«, do którego należą lekarze z Niemiec, Austryi, Turcyi i Bułgaryi. Przy otwarciu Zjazdu był obecny i przemawiał Cesarz Karol I, ponownie wyrażając swe uznanie dla pracy lekarzy w czasie obecnej wojny.

Sprostowanie. W artykule prof. Nowickiego w Nrze 40. str. 313, zamiast »Ehrlicha-Böhmego« ma być wszędzie: »Ehrlicha«.

Redakcya otrzymała: Celarek: Tyfus plamisty w Lublinie w latach 1915—16 i metody zwalczania. Lublin 1917. (Wydawnictwo Muzeum lubelskiego).

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich (uzupełnienie).

Przegląd pedyatryczny, Tom VI. Z. V i VI (1914): Jonscher: Paratyfus u dzieci. — Knichowiecki: Przypadek rozedmy podskórnej. — Łyskawiński: Przypadek ropnia zatoki gruszkowatej oraz ropnia okołotchawiczoprzełykowego w przebiegu płonicy. — Wiśniewski: Przypadek zapalenia ropnego stawów, wywołanego lasecznikami duru brzusznego u dziecka 5-tygodniowego. — Bukowska: Granulobacillus putrificus species Serkowski. — Celichowska: Dwa przypadki porażeń pobłoniczych.

Tom VII. (1915—1916), dedykowany Dr L. Andersowi w 40 rocznicę pracy lekarskiej: Brudziński: Dr L. Anders. — Bondy: Szkic projektu reformy Domu wychowawczego. — Bichlerowa: O mongołowatości. — Cetnarowicz: O leczeniu błoniastych zapaleń łącznicy. — Czarkowski: Przyczynek do stosowania szczepionki t. zw. przeciwpłoniczej. — Kopeć: W sprawie przewożenia dzieci z chorobami zakaźnemi. — Korybut-Daszkiewicz: Uwagi i wnioski, oparte na 135 badaniach pośmiertnych.— Lipski: Rzadsze postacie gruźlicy u niemowląt. — Łyskawiński: Ospa wietrzna na oddziale płoniczym. — Śmiechowski: O leczeniu gruźlicy chirurgicznej i stosowaniu metody Calota. — L. Zembrzuski: Operacya Albeego w przypadkach gruźlicy kręgów. — S. Zembrzuski: O powikłaniach w przebiegu ospy wietrznej u dzieci. — K. Zieliński: Przyczynek do badań nad tyfusem wysypkowym. — Zylberlastówna: O leczeniu zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych.

Zdrowie 1917 Z. 8.: Ciechanowski: Walka z chorobami wenerycznemi. — Dzięciołowski (dok.).

Kronika dentystyczna Nr 10.: Trzcińska: Jothion i jego zastosowanie w dentystyce. — Cieszyński: Instytut dentystyczny uniwersytetu lwowskiego.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 24. października** 1917 o g. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Dr K. Michejda: Wskazania i technika amputacyi w czasie wojny. 2) Demonstracye.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.